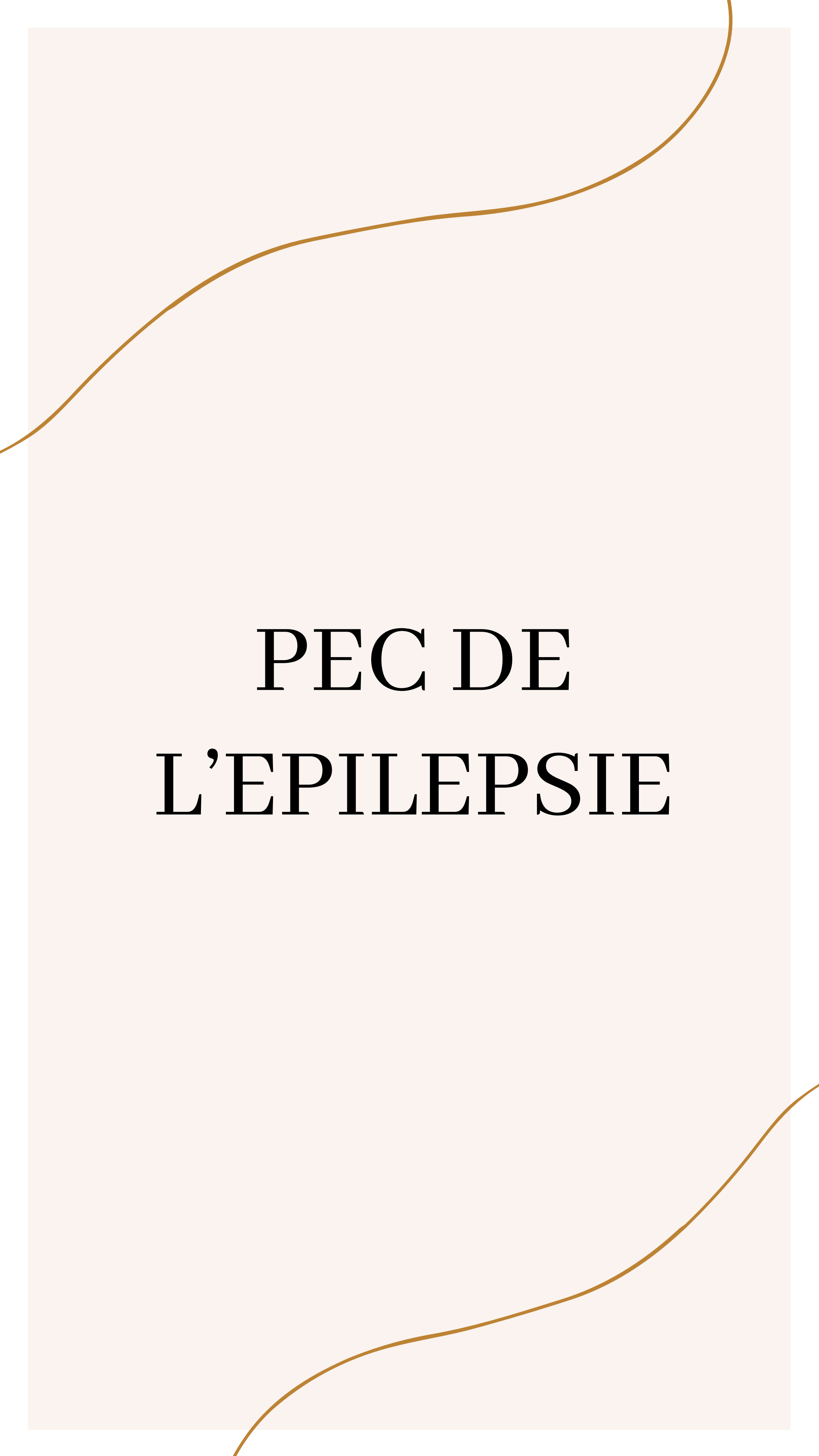
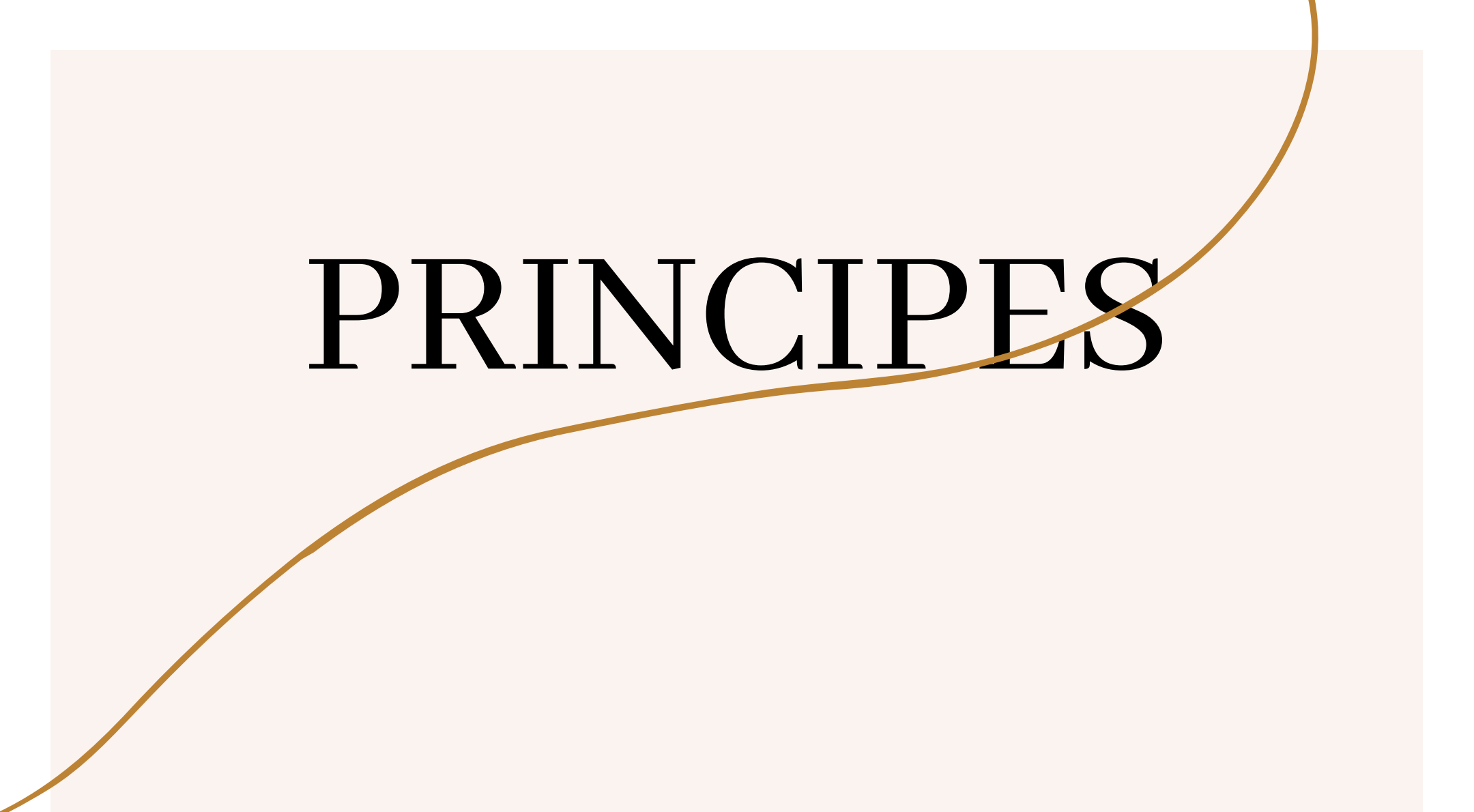




PEC DE L'EPILEPSIE

PRINCIPES



Toute première crise (à l'exclusion des crises provoquées et des crises fébriles de l'enfant) doit faire l'objet d'une orientation en parcours de soins spécialisé et adapté.

Avec l'accord du patient ou de son représentant, un lien peut être établi entre les différents acteurs intervenant dans le suivi d'un patient avec épilepsie. Chaque professionnel doit s'assurer que le patient (et sa famille) a (ont) une bonne connaissance de sa pathologie et a (ont) été informé(s) des outils, des organisations et ressources qui existent pour sa prise en charge globale

OBJECTIFS

Faire disparaître les crises d'épilepsie (ou, à défaut, réduire leur fréquence, leur durée et leur intensité) en s'assurant que le traitement est bien supporté .

*Supprimer leur cause lorsque cela est possible (ablation d'une lésion cérébrale par exemple) .

*Corriger les facteurs favorisant des crises (hypoglycémies, photosensibilité, facteur toxique par exemple) .

*Détecter et soigner les éventuelles complications de l'épilepsie et la comorbidité (en particulier les troubles de l'apprentissage et la dépression) .

*Apporter une aide psychologique et sociale, pour améliorer la qualité de vie. Ce soutien peut faciliter la vie familiale, scolaire ou professionnelle (parfois perturbée par le caractère imprévisible des crises).

MONO OU BI-THÉRAPIE

On utilise en première ligne une monothérapie antiépileptique. Lorsque la première ligne de traitement n'est pas suffisamment efficace à dose maximale ou mal tolérée, une autre molécule doit être initiée. La période de substitution d'antiépileptique doit être suivie avec attention.

Si une bithérapie ne permet pas un arrêt complet des crises ou est mal tolérée, il faut choisir le traitement ou l'association de traitements antiépileptiques ayant permis le meilleur contrôle des crises, tout en ayant une balance bénéfice-tolérance satisfaisante. Si un traitement antiépileptique a des effets indésirables jugés comme trop importants par le patient et/ou son représentant, Celui ci doit être diminué voir arrêté

Le patient doit être adressé à un centre expert :

- En cas de pharmaco-résistance, c'est-à-dire échec de deux schémas thérapeutiques antiépileptiques bien conduits et bien tolérés, que ce soit en monothérapie ou en polythérapie ou ;
- En cas d'épilepsie susceptible d'être accessible à un traitement chirurgical ou ;
- En cas d'épilepsie associée à une maladie rare avérée ou suspectée.

TRAITEMENT

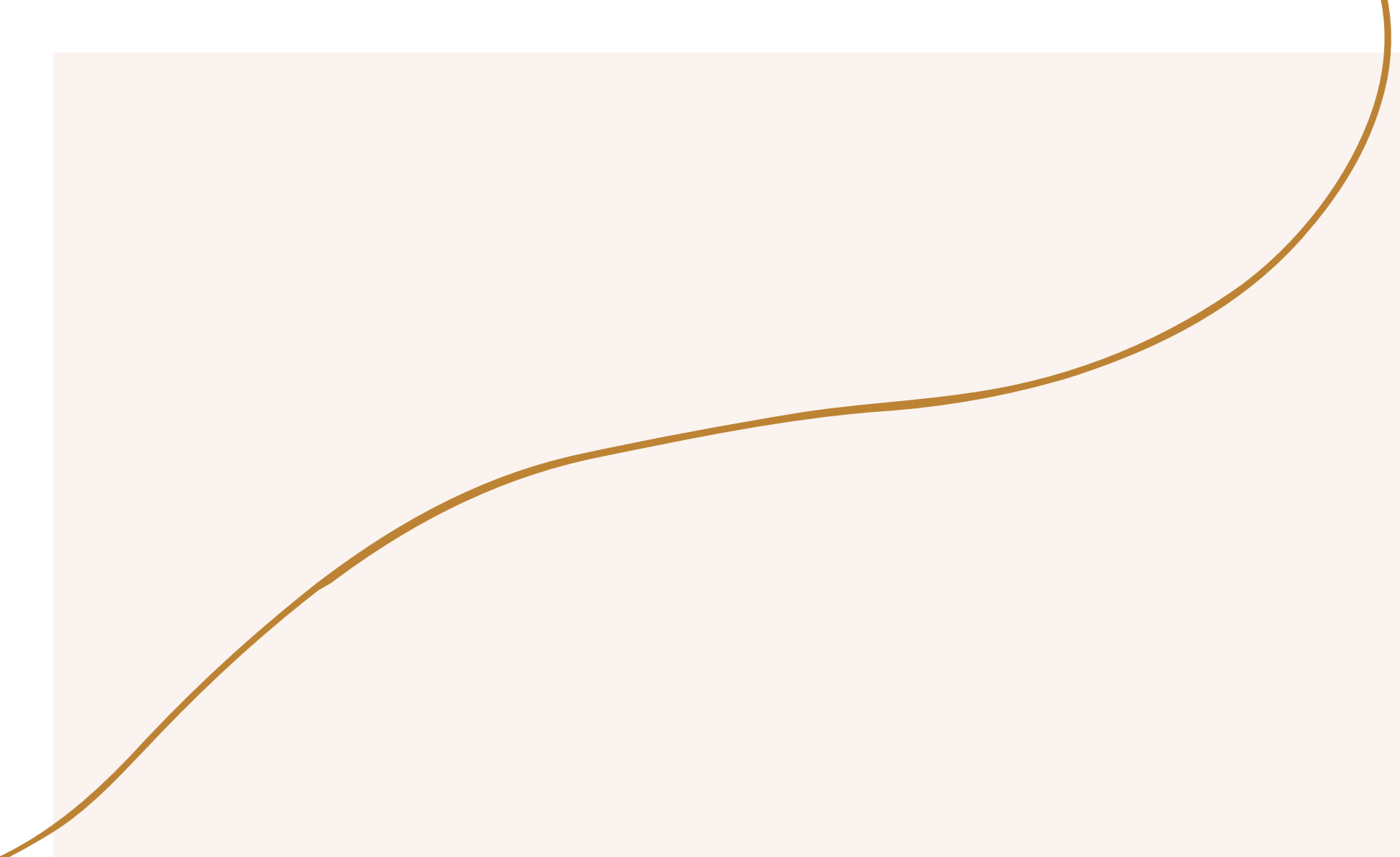
	pharmacodynamie	Effets indésirables
phénobarbital	Dépression du SNC Tolérance et sevrage	Sédation Neuropathie périphérique Anémie mégaloblastique ostéomalacie
phénytoïne	Anti-épileptique Hyperglycémie : inhibition de la sécrétion d'insuline. Inhibition de la libération d'ADH	Anémie arégénératives Dyskinésie Atteinte cérébelleuse irréversible Hypertrophie gingivale
Acide valproïque	Anti-épileptique	Hépatite
carbamazépine	anti-épileptique Stabilisateur de l'humeur antalgique	Diplopie Hyponatrémie Aplasie médullaire Hépatite
BZD	sédative hypnotique amnésiante anticonvulsivante myorelaxante	Sédation Excitation paradoxale chez l'enfant Syndrome de sevrage

TTT MEDICAL DES ÉPILEPSIES DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE

il existe de nombreux médicaments contre l'épilepsie. Ce sont globalement les mêmes pour l'enfant et l'adulte. Généralement, ils ne sont pas proposés après la première crise, car un enfant peut très bien produire une crise et ne plus jamais en refaire. Mais à partir de la deuxième crise, il convient d'envisager un traitement. Le médecin prescrit les anti-épileptiques en fonction de la nature de l'épilepsie diagnostiquée et de son intensité. Ce sont des traitements qui sont généralement prescrits sur plusieurs années. Ils ne rendront pas votre enfant moins susceptible de produire des crises, mais au moins ils diminueront leur intensité et leur fréquence. De nouveaux médicaments sont régulièrement conçus. Même s'ils ont de bonnes chances de réussite, les anti-épileptiques ne fonctionnent pas toujours. L'enfant peut alors avoir besoin de recourir à d'autres formes de thérapies

TTT MEDICAL DE L'ÉPILEP DE LA FEMME ENCEINTE

Il faut garder à l'esprit que toute femme en âge de procréer est potentiellement enceinte ou pourra l'être. En effet, la période où le risque de malformation est maximal correspond souvent à une période où la femme et le médecin ignorent encore la grossesse. Chez les femmes en âge de procréer, ces risques doivent être pris en compte et expliqués dès l'instauration d'un traitement antiépileptique et quelle que soit l'indication. De surcroît, un suivi rapproché et spécialisé tout au long du traitement ainsi qu'une prise en charge anticipée, adaptée et multidisciplinaire lors d'un désir de grossesse sont indispensables

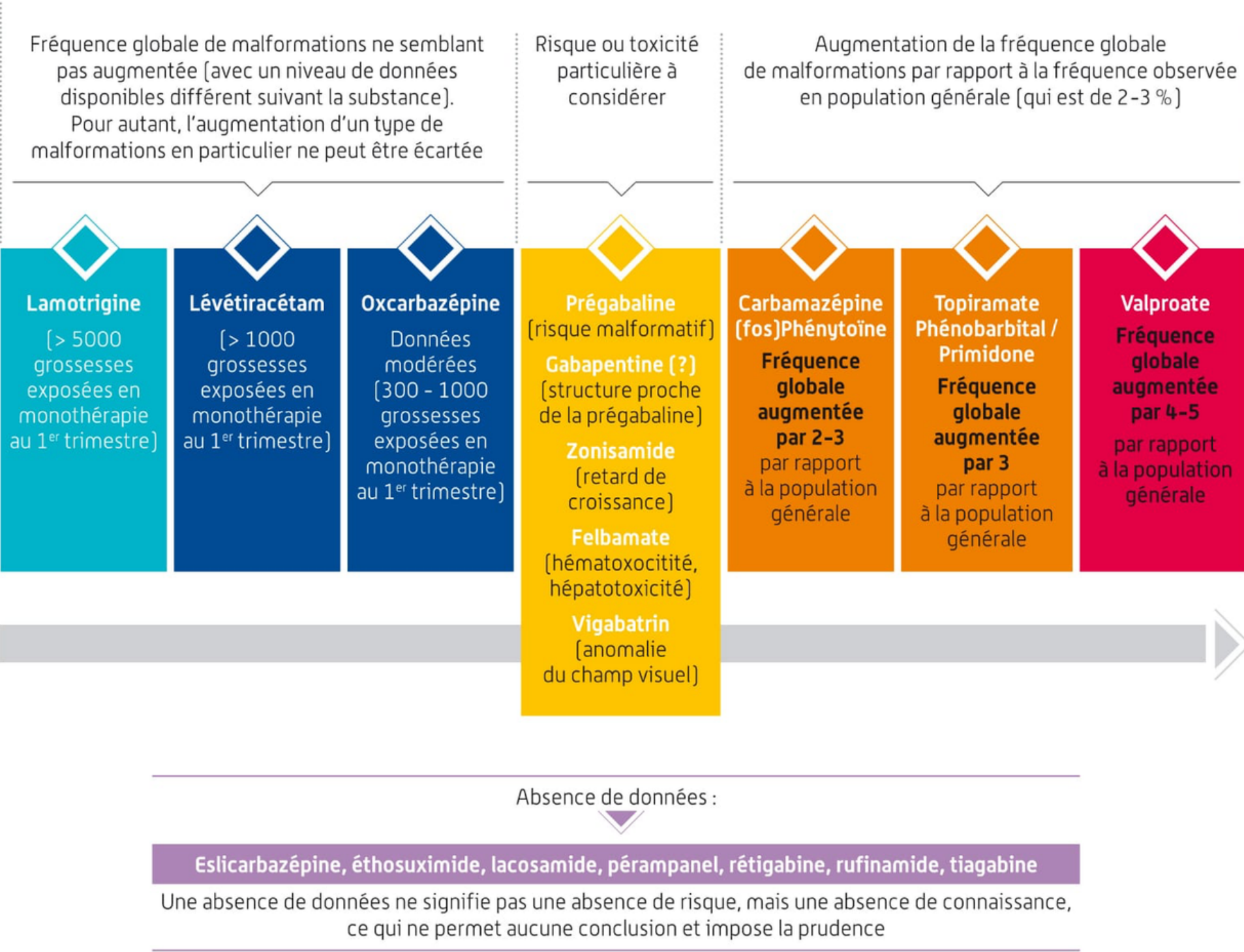


Les connaissances sur le risque tératogène et neuro-développemental sont très variables selon les antiépileptiques et en constante évolution, ce qui nécessite une mise à jour régulière et impose la prudence.

Le valproate est l'antiépileptique entraînant le plus de malformations. Il entraîne également un risque élevé de troubles neuro-développementaux (cognitifs et comportementaux).

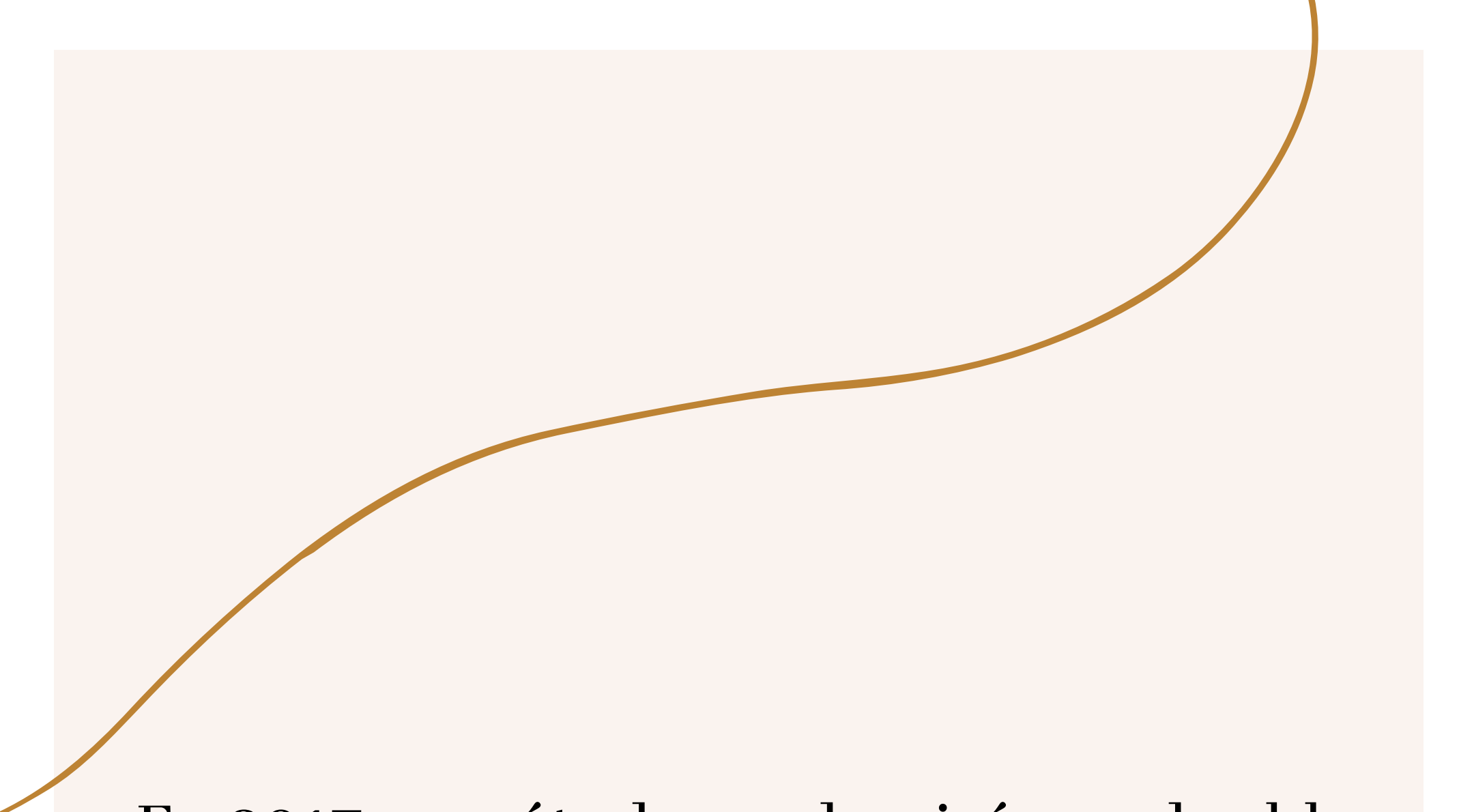


FIGURE 1 :
VUE D'ENSEMBLE SUR LE RISQUE GLOBAL DE MALFORMATION POUR LES MÉDICAMENTS INDIQUÉS DANS LE TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE (DONNÉES 2018 ACTUALISÉES POUR LA PRÉGABALINE EN 2022)



LES AVANCÉES EN MATIÈRE DE RECHERCHE SUR LE TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE

Aujourd'hui, près de 70 % des personnes épileptiques peuvent vivre en ayant des crises contrôlées par des médicaments. Ces quinze dernières années, de nombreuses molécules ont été développées, avec des propriétés pharmacologiques plus tolérables pour les patients. Ce qui a permis de diminuer les effets indésirables par rapport aux anciens traitements. Les expérimentations continuent. De nouveaux traitements apparaissent;



En 2017, une étude randomisée en double aveugle, contrôlée par placebo, qui a évalué les effets de Epidiolex, une préparation de cannabidiol de qualité pharmaceutique, comme médicament chez 120 patients atteints du syndrome de Dravet.

Ils ont constaté une diminution de la fréquence des crises convulsives mensuelles de 12,4 à 5,9 dans le groupe traité par le cannabidiol, contre 14,9 à 14,1 chez le groupe traité par le placebo ce qui représente une différence de 23 % dans le groupe cannabidiol par rapport au groupe placebo.

Il n'y a pas eu de réduction des crises non convulsives.

Le traitement a été globalement bien toléré, mais une élévation des transaminases hépatiques a été marqué chez les patients traités par le cannabidiol



LE REGIME CÉTOGÈNE

le régime cétoène est un régime riche en graisses et faible en glucides, qui représente une option non pharmacologique avec un traitement pharmacologique bien établie pour le traitement de l'épilepsie résistante aux médicaments.

Une étude rétrospective de 32 enfants atteints du syndrome de Dravet traités dans un seul centre a révélé que 10 enfants avaient été traités avec le régime cétoène classique . Ils ont rapporté qu'après 3 mois, (70%) avaient une réduction de 50% ou plus de la fréquence des crises et (30%) n'ont pas répondu (deux d'entre eux ont été retirés du régime)

À 12 mois, 60 % des patients avaient toujours une réduction de 50 % ou plus de la fréquence des crises.

CHIRURGIE ET D'AUTRES APPROCHES DITES PALLIATIVES

En cas de résistance aux médicaments , d'autres approches sont à envisager.

Par exemple, si la zone du cerveau à opérer n'interfère pas avec les fonctions vitales telles que la parole, le langage, la fonction motrice, la vision ou l'ouïe, la chirurgie peut être proposée.

Pour certains types d'épilepsie, des approches mini-invasives telles que l'ablation laser stéréotaxique guidée par IRM peuvent fournir un traitement efficace lorsqu'une procédure ouverte peut être trop risquée. Dans ces procédures, les médecins dirigent une sonde laser thermique vers la zone spécifique du cerveau provoquant des crises pour détruire ce tissu dans le but de mieux contrôler les crises.

Si le besoin en médicaments pour aider à prévenir les crises demeure après une intervention chirurgicale réussie, on observe une réduction des doses prescrites. Dans un petit nombre de cas, la chirurgie de l'épilepsie peut entraîner des complications telles que l'altération permanente des capacités de réflexion (cognitives).

La stimulation cérébrale profonde

Les chirurgiens implantent des électrodes dans une partie spécifique du cerveau, généralement le thalamus qui sont reliées à un générateur implanté dans la poitrine.

Le générateur envoie régulièrement des impulsions électriques à votre cerveau à intervalles réguliers et peut réduire les crises.

Neurostimulation réactive

la neurostimulation réactive fournit une stimulation cérébrale directe pour traiter les crises et s'est avérée efficace comme traitement d'appoint chez les adultes souffrant d'épilepsie pharmacorésistante.

mais son utilisation n'est pas approuvée chez les patients âgés de moins de 18 ans.

Des rapports de cas récents ont suggéré que la neurostimulation réactive est une option viable pour les patients pédiatriques présentant des crises multiples ou des crises provenant d'un cortex éloigné , *constitue une option intéressante pour la recherche future dans le traitement de l'épilepsie résistante au traitement*.

De nombreuses pistes à l'étude fondée sur la stimulation localisée
Les chercheurs étudient de nombreux nouveaux traitements potentiels pour l'épilepsie, notamment :

La stimulation continue de la zone de début de crise.

La stimulation sous le seuil (stimulation sous liminaire) :

Une stimulation continue d'une zone du cerveau en dessous d'un niveau physiquement perceptible – semble améliorer les résultats des crises et la qualité de vie de certaines personnes souffrant de crises.

Cette stimulation permet d'arrêter une crise avant qu'elle ne se produise. Cette approche thérapeutique peut fonctionner chez les personnes dont les crises commencent dans une zone du cerveau qui ne peut pas être enlevée car cela affecterait la parole et les fonctions motrices (zone élocutoire).

Les personnes dont les caractéristiques épileptiques minimisent les chances de succès pour la neurostimulation peuvent également être de bons candidats pour cette technique dite préventive.

La chirurgie minimalement invasive.

De nouvelles techniques chirurgicales peu invasives, telles que les ultrasons focalisés guidés par IRM, sont prometteuses pour traiter les crises avec moins de risques que la chirurgie traditionnelle à cerveau ouvert pour l'épilepsie.

Stimulation magnétique transcrânienne (TMS)

Le TMS applique des champs magnétiques focalisés sur les zones du cerveau où se produisent les crises pour traiter les crises sans nécessiter de chirurgie.

Ce procédé peut être utilisé chez les patients dont les crises surviennent près de la surface du cerveau et qui ne sont pas candidats à la chirurgie.

Stimulation externe du nerf trijumeau.

Semblable à la stimulation du nerf vague, cet appareil stimulerait des nerfs spécifiques pour réduire la fréquence des crises.

Mais contrairement à la stimulation du nerf vague, cet appareil serait porté à l'extérieur de sorte qu'aucune intervention chirurgicale pour implanter l'appareil ne soit nécessaire.

Les études concluent que la stimulation externe du nerf trijumeau a permis d'améliorer à la fois le contrôle des crises et l'humeur.